Über
Clitoriscarcinom.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medizin und Chirurgie,

welche

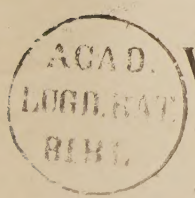
mit Genehmigung der hohen medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität
Halle-Wittenberg

Mittwoch, den 20. Dezember 1905, Mittags 1 Uhr

öffentlich vortragen wird



Waldemar Schleiff
approb. Arzt
aus **Bad Sachsa.**

Halle a. S.
Hofbuchdruckerei von C. A. Kaemmerer & Co.
1905.

Gedruckt mit Genehmigung
der Medizinischen Fakultät der Universität Halle.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **J. Veit.**

Eberth
z. Zt. Decan.

Seinen lieben Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546028_0141

Unter den Carcinomen der weiblichen Genitalien sind die Carcinome der Vulva, besonders jedoch diejenigen der Clitoris am seltensten. Sekundäre maligne Tumoren der Clitoris, welche von Nachbarorganen, besonders von den Labien ausgehen, sind zwar verhältnismässig etwas häufiger und auch in ziemlicher Anzahl beschrieben. Fälle über maligne Geschwülste, die primär von der Clitoris ausgehen, liessen sich aber in der Litteratur nur wenige finden, und bei einigen derselben ist aus der Beschreibung nicht mit Sicherheit zu erkennen, ob es sich wirklich um eine primäre Erkrankung der Clitoris handelte.

Es sollen zunächst die in der Litteratur beschriebenen Fälle von primärem Carcinom der Clitoris erwähnt werden.

An der II. Universitäts-Frauenklinik zu Budapest wurden im Verlauf der letzten 20 Jahre 2 Fälle von Clitoriscarcinom operiert, wie Schmidlechner berichtet.

Fall 1.

Am oberen Teil der Vulva zwischen den Schamlippen nussgrosses, ungleichmässiges, höckeriges, leicht blutendes, stellenweise belegtes, empfindliches Gebilde, das mit breiter Basis die Stelle der Clitoris einnimmt, auf die Vorhaut und den oberen Teil der kleinen Schamlippen übergeht und mit denselben confluirt. Leistendrüsen haselnussgross, mit der Umgebung verwachsen. Da eine radicale Operation nicht erzielt werden kann, muss eine palliative Operation vorgenommen werden. Der Tumor wird an seiner Basis mit Umgehen der Urethra umschnitten, wobei der Schnitt überall

im gesunden Gewebe geführt wird. Entfernung des Tumors etc. Der entfernte Tumor ist nussgross, an einer Seite mit dem mehrere cm langen verdickten Teile der rechten kleinen Schamlippe im Zusammenhange. An der Schnittfläche ist eine 2—3 cm breite graue, sich vorbuchtende marginale Schicht und eine mediale feinfaserige weisse Subsstanz zu unterscheiden. Im Centrum ist als Residuum einer vor längerer Zeit stattgehabten Blutung eine linsengrosse, rotbraune verfärbte Stelle zu sehen.

Fall 2.

In der Clitorisgegend der gut entwickelten Frau ist ein nussgrosser Tumor zu constatieren, welcher aus dem rechten Lappen der Vorhaut ausgehend auch auf den oberen Teil der rechten kleinen Schamlippe übergreift. Der Tumor besitzt eine unebene, leicht blutende Oberfläche. Inguinaldrüsen nicht vergrössert. Entfernung des Tumors wie in Fall 1. Heilung p. pr. Nach einem Jahre Recidiv, vier Monat später Exitus.

Jacobi, Breslau, berichtet über 2 Fälle von primärem Carcinom der Clitoris aus der Frauenabteilung des Allerheiligen-Hospital. Es handelte sich um markstück- bis talergrosse Ulcera, die die ganze Clitoris einnahmen. Leistendrüsen in beiden Seiten nicht infiltriert. Exstirpation weit im Gesunden. In beiden Fällen traten nach kurzer Zeit Metastasen in den Inguinaldrüsen auf, die im 1. Falle bereits inoperabel sind, im 2. exstirpiert werden. Der 2. Fall war 2 Jahr p. op. noch recidivfrei.

Im Anschluss daran berichtet E. Fränkel über einen Fall von Clitoriscarcinom, das bei einer 31jährigen sterilen Patientin operiert wurde, die 3 Jahre zuvor an Vaginismus und Pruritus vulvae gelitten hatte; 18 Jahre später entwickelte sich ein Recidiv in der linken kleinen Labie, das exzidiert wurde; 6 Jahre später trat erneutes Recidiv am mons veneris auf und jetzt zum 1. Male auch Schwellung

der Inguinaldrüsen. Das Carcinom wurde entfernt, die Drüsen belassen; bis jetzt (6 Jahre) kein Recidiv.

Dieser Auffassung von Fränkel, der das Carcinom in der kleinen Labie als Recidiv des Clitoriscarcinoms ansieht, steht die Ansicht Aschs gegenüber, der da meint, dass eine 46jährige ein Vulvacarcinom bekommen kann, wenn sie auch als 28jährige ein Clitoriscarcinom gehabt hat. Das Vulvacarcinom ist dann mit Drüsenschwellung recidiviert.

Lloyd Roberts, Manchester, der schon am 25. März 1904 einen Fall von Carcinom der Clitoris kurz gezeigt hatte, demonstrierte laut Bericht in dem Journal of obstretics and gynaecology of the British Empire einen Fall von Clitoriscarcinom; er hatte es von einer 31 Jahre alten Patientin entfernt, die seit ungefähr 7 Jahren die Neubildung bemerkt haben will. Er legte mikroskopische Schnitte und Zeichnungen vor, welche den Fall illustrierten, und einen ähnlichen, über den er letztes Jahr berichtet hatte. Bemerkenswert war in diesem Falle das frühe Alter und das völlige Fehlen von Schmerzen als Symptom. In diesen beiden Punkten befand sich der gegenwärtige Fall in markantem Gegensatz zum vorhergehenden.

Perruchet veröffentlicht in der Zeitschrift „la Gynicologie“ vom Jahre 1904 einen Fall von carcinomatöser Erkrankung der Clitoris. Die Patientin war 25 Jahre alt, hatte seit ihrem 12. Jahre regelmässig menstruiert; während der menses verspürte sie ein in den letzten Jahren zunehmendes Jucken an der Vulva, das zum Kratzen veranlasste. Fluor albus fehlte. Seit 18 Monaten ist Patientin verheiratet und hat vor 4 Monaten einen normalen Partus durchgemacht. Bald nach der Geburt bemerkte sie an der obern Vulva eine kleine Geschwulst, seit 2 Monaten auch andauernden Juckreiz, der sich bis zur Unerträglichkeit steigerte. Die Untersuchung ergiebt eine kleinhaselnussgrosse Geschwulst der Clitoris, die zwischen den Schamlippen hervortritt, sich hart anfühlt und einige Wucherungen (Papillome) zeigt. Dieselben haften auf indurierter Basis und sind

vollkommen trocken. Patientin wurde operiert und nach kurzer Zeit als geheilt entlassen. Nach 2 Jahren erschien Patientin wieder mit Klagen über starken Juckreiz an der Vulva. Bei der Untersuchung fand sich ein Recidiv in der linken Leistenbeuge. Dasselbe wurde exstirpiert, jedoch trat nach 3 Monaten Exitus ein.

G. Björkquist teilt 2 Fälle mit von Clitoriscarcinom aus der Klinik des Prof. Dr. O. Engström. Der 1. Fall betraf ein 21jähriges Mädchen, bei dem sich das Carcinom im Anschluss an eine bei einem Sturz erhaltene Verletzung entwickelt hatte. Carcinom und regionäre Lymphdrüsen wurden exstirpiert, jedoch nach noch nicht einem Jahre trat Recidiv und bald nachher der Exitus ein.

Der 2. Fall betraf eine 49jährige Frau; auch hier wurde dieselbe Operation mit demselben Erfolge gemacht.

In der mittelrheinischen Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie demonstrierte Sippel ein Carcinom der Clitoris und Vulva, das er vor 2 Monaten durch Operation gewonnen hatte. Auch hier war, wie in sovielen andern Fällen, jahrelang ein Pruritus vorher gegangen. Ferner zeigten sich zu beiden Seiten der Clitoris Abklatschcarcinome auf der Innenseite der grossen Labien. Bezüglich der neuerdings betonten besonderen Bösartigkeit dieser Carcinome teilt Vortragender noch mit, dass er vor ungefähr 8 Jahren ein gleiches, aber fortgeschritteneres Carcinom bei einer 51jährigen Frau operiert habe. Es musste die gesamte Vulva, ein Stück Harnröhre und Scheide, sowie die erkrankten linksseitigen Leistendrüsen entfernt werden. Die rechtsseitigen Drüsen waren unverändert und blieben zurück. Nach $^1/_2$ Jahre kleines Narbenrecidiv, das ebenfalls entfernt wird. Seitdem definitive Heilung.

Flatau legte in der Nürnberger medic. Gesellschaft und Poliklinik ein Carcinom der Clitoris vor von einer 65jährigen Pluripara. Der faustgrosse Tumor hatte sich aus jahrelang bestehenden Papillomen in den letzten Wochen rapid entwickelt und begann an der Oberfläche zu ulcerieren.

In Ungarn zeigte Dr. Lovrich im Jahre 1897 einen Fall von Clitoriscarcinom bei einer 56 jährigen VIII para. Betreffende Patientin klagte über Anschwellen und Härterwerden der grossen Labien. Es wurde eine cr. hühnereigrosse Geschwulst exstirpiert, die unter dem Mikroskop das Bild eines Plattenepithelkrebses mit verhornten zahlreichen Epithelperlen darbot.

Merkle veröffentlicht einen Fall von Clitoriscarcinom bei einer 47 Jahre alten Frau. Patientin hatte anfangs heftiges Jucken in der Clitorisgegend, das sie zu starkem Kratzen veranlasste. Eine kleine davon herrührende Exkoriation heilte nicht wieder, sondern breitete sich weiter aus. Die Inspection liess in der Höhe der oberen Kommissur einen nussgrossen, im Centrum ulcerierten Tumor erkennen, der eine ziemlich reichliche, übelriechende Flüssigkeit absonderte. Seine Lage entsprach genau derjenigen der Clitoris. Die Neubildung hatte das Tuberculum clitoridis und die Haut über diesem Organ fast ganz zerstört und in einer Länge von 2—3 cm den obern Teil der Nymphen und grossen Schamlippen befallen. Soweit die Haut nicht ulceriert, ist sie mit dem Tumor fest verwachsen. Harnröhre, Scheide und übrige Vulva gesund. In der Leistenbeuge sind einige kleine, vielleicht normale Drüsen zu fühlen. Die exstirpierte Geschwulst wurde nach der mikroskopischen Untersuchung als Epithelialkrebs erkannt.

Von Langsdorff beschreibt einen etwa apfelgrossen, in Zerfall begriffenen Tumor, der die Stelle der Clitoris einnimmt; in der linken regio inguinalis eine etwa wallnussgrosse harte Drüse. Thermokauter. 73 Tage nachher Tod. Befund: Cancroid der Clitoris, Metastasen in den Lymphdrüsen.

In der Gesellschaft für Geburtskunde und Gynäkologie in Dresden wird von Rupprecht eines von ihm operierten primären Clitoriskrebses Erwähnung getan. In gleicher Sitzung bemerkt Schramm im Anschluss daran, dass zwei

durch ihn operierte Clitoriscarcinome bis dahin ohne Recidiv geblieben seien.

Auch in den Mitteilungen ausländischer Operateure begegnet man selten dem Clitoriscarcinom. Der 1. Fall wurde von Dawriac im Jahre 1860 beschrieben, Gurlt fand unter 3449 Fällen von Genitalcarcinom nur 10 Clitoriscarcinome, Lipinsky unter 2253 nur einen Fall; Engström operierte während 20 Jahren nur 2 Fälle. Björkquist konnte aus der Litteratur nur 40 Fälle von Clitoriscarcinom sammeln, unter denen sich jedoch mehrere mangelhaft untersuchte und beschriebene Fälle finden.

Innerhalb eines kurzen Zeitraumes sind in der hiesigen Universitäts-Frauenklinik 3 Fälle von Carcinom der Clitoris in Behandlung gewesen, über die ich zur Vervollständigung der Casuistik der Clitoriscarcinome berichten werde.

Fall I.

Frau Charlotte H., Maurersfrau aus Wernigerode, 54 Jahre alt, wurde am 11. Febr. 1897 in der Klinik aufgenommen.

Die Anamnese ergiebt folgendes: Mutter ist an carcinoma uteri gestorben. Patientin selbst will mehrmals Lungenentzündung und Influenza durchgemacht haben; vor 8 Jahren Magenbeschwerden und Erbrechen.

1. Regel mit 17 Jahren, seitdem mittelstark, 3 Tage dauernd, regelmässig alle 4 Wochen mit Kreuzschmerzen in der ersten Zeit. Letzte Regel vor 4 Jahren.

9 Geburten, darunter eine Zwillingsgeburt. Wochenbetten normal. Letzte Geburt vor 12 Jahren.

Seit 2 Jahren klagt Patientin über Hitze und Brennen an den äusseren Genitalien. Vor einem Jahr traten 2—3 Knötchen an den grossen Labien auf, die ihr heftige Schmerzen verursachten. Sie wandte sich an einen Arzt, der eine Salbe verschrieb. Im weiteren Verlauf sollen die Knötchen geeitert haben und härter geworden sein. In letzter Zeit klagt Patientin über fleischwasserähnlichen Ausfluss.

Stuhlgang regelmässig. Beim Wasserlassen heftiges Brennen, sodass Patientin sich stets nachher waschen muss.

Status praesens: Blasse Frau in leidlichem Ernährungszustand. Inguinaldrüsen beiderseits gering vergrössert.

Die oberen Hälften der kleinen Labien setzen sich, die in einen wallnussgrossen Tumor verwandelte Clitoris umgreifend, als kammförmige Wülste von der Umgebung ab. Die Infiltration geht auch auf den obern Teil der grossen Labien über.

Die Innenseite der unteren Introitushälfte erscheint weisslich verfärbt, die Epidermis verdickt (Bild der Kraurosis vulvae), jedoch völlig glatt. Der Übergang der linken kleinen Labie zur grossen ist ulceriert. Die Harnröhre ist selbst frei, jedoch geht die Infiltration sehr dicht an die Harnröhrenwand. Der Tumor ist auf der Unterlage noch ziemlich verschieblich, vagina mässig eng, atrophisch. Portio klein, ebenso wie das Scheidengewölbe atrophisch. Uterus in Anteflexion, klein, beweglich.

Urinuntersuchung ergiebt kein positives Resultat auf abnorme Bestandteile.

Operation in Narkose: Nach Umschneidung der Harnröhrenmündung wird der Tumor von oben her tief bis auf das os pelvis umschnitten und der Schnitt zu beiden Seiten des Introitus fort bis zur fossa navicularis, wo die Schleimhaut weisslich verfärbt und infiltriert ist, geführt.

Blutung ziemlich reichlich, durch Umstechung gestillt. Bei der Naht wird zuerst die Harnröhrenmündung (Harnröhre durch Cathether geschützt) mit der äusseren Haut durch Situationsnähte vereinigt und hierauf ebenso die übrige Wunde durch Catgut und Seidenknopfnähte geschlossen.

Makroskopischer Befund: ca. wallnussgrosses, oberflächlich ulceriertes Clitoriscarcinom.

Die Reconvalescenz zeigte einige Störungen. Am 2. Tage p. op. stellte sich geringe Bronchitis ein. Am 9. Tage wurden die letzten Fäden entfernt; die Wunde war

fast völlig verheilt, mässig infiltriert. Am 12. Tage zeigte sich besonders an der Innenseite der rechten grossen Labie eine stärkere Schwellung; in der Mitte derselben war deutlich Fluctuation nachzuweisen, Es wurde eine schmale Incision gemacht, worauf sich ca. ein Esslöffel Eiter entleerte. Am 1. März konnte Patientin entlassen werden. Das Allgemeinbefinden war gut. Es bestand noch mässige Schwäche; die rechte Labie noch etwas infiltriert, die kleine Incisionswunde noch leicht klaffend, Secretion aus derselben nur spärlich, Wunde im übrigen völlig verheilt, rechte Rosenmüllersche Drüse etwas geschwollen, Inguinaldrüsen nicht zu fühlen.

Zum Nachsehen der Operation bestellt, erschien Patientin am 23. Mai desselben Jahres, wo ein Recidiv entdeckt wurde.

Aufnahmebefund: In beiden Inguinalbeugen mässige Drüsenpakete. Die kleinen Schamlippen fehlen. Oberer Teil der Vulva leicht bläulich verfärbt, glatt, mit kleinen Epitheldefecten. Von der Harnröhre zur Clitorisgegend verläuft eine lineare mediangelegene Narbe, etwa 4 cm lang; oberhalb derselben fühlt man unter der Haut gelegen, aber mit dieser zusammenhängend einen reichlich haselnussgrossen Knoten, der mit dem Knochen nicht verwachsen ist. Vagina eng, glatt, Portio klein, hinter der Führungslinie.

Operation in Narkose: Exstirpation durch ovaläre Umschneidung; zahlreiche Umstechungen notwendig; Naht der Wunde mit Seide und Catgut.

Am 5. Juni wird Patientin entlassen. Die Wunde ist noch mässig gerötet und infiltriert, der obere Wundwinkel klafft noch etwas. Das Allgemeinbefinden ist gut.

Auf eine Anfrage wurde mir mitgeteilt, dass die Wunde bei der Patientin nicht wieder zugeheilt sein soll. Ihr Befinden wäre anstatt besser immer schlechter geworden. 10 Monate nach der 2. Operation ist der Exitus eingetreten.

Fall II.

Die Arbeitersfrau Emilie H. aus Gröbitz wurde am 2. Juli 1901 in hiesiger Klinik aufgenommen. Patientin ist 59 Jahre alt. Die Eltern starben an unbekannter Krankheit, Geschwister sind gesund. Geschwulstbildungen sind in der Familie, soviel Patientin weiss, nicht vorgekommen. Sie selbst will immer gesund gewesen sein.

1. Menstruation mit 15 Jahren, regelmässig 4wöchentlich, 3—4 Tage, mässig stark, ohne Schmerzen. Seit 9 Jahren keine Menses mehr. 4 Geburten, Wochenbetten normal. Letzte Geburt vor 25 Jahren.

Patientin giebt an, seit 6 Monaten eine Geschwulst an den linken äusseren Genitalien zu haben. Druckschmerz beim Gehen und Sitzen, Urinieren erschwert. Seit etwa 5 Monaten durch die Druckschmerzen an grösseren Anstrengungen verhindert. Vor 4 Wochen zuerst einen Arzt aufgesucht, der sie heut hersendet.

Status praesens: Kräftiger Körperbau, reichliches Fettpolster, gesunde Gesichtsfarbe.

Auf den Lungen wird geringe Bronchitis festgestellt. Die Brüste sind hängend, stark entwickelt, der Warzenhof gross, wenig pigmentiert, die Warze prominent.

Das Abdomen ist sehr fettreich; in der linken Leistenbeuge ist diffuse Infiltration fühlbar. Die linke Labie von der Grösse einer Faust zeigt an der Innenfläche ein 5-markstückgrosses Geschwür mit etwas erhabenem Rand und derb infiltriert; der Grund ist schmierig belegt. Die Infiltration setzt sich ringsum, fast durch die ganze Dicke der Labie fort. Das Geschwür reicht nach oben bis an die Clitoris, an der Innenfläche der rechten Labie ein pfenniggrosses weiches ulcus.

Die Scheide ist weit, der Uterus klein, anteflectiert. Im Urin finden sich Spuren von Eiweiss, Trommersche Probe fällt stark positiv aus.

Diagnose: Carcinoma labii minoris et clitoridis et glandular. lymphatic. inguinal.

Operation in Narkose: Beiderseits in der Inguinalbeuge ca. 15 cm langer Schnitt bis in die grosse Labie. Ausräumung der sehr dicken Fettschicht mit einzelnen hart infiltrierten Drüsen, deren eine beiderseits an der V. saphena (Rosenmüllersche Drüse) ziemlich verwachsen ist und mühsam entfernt wird. Nach sorgfältiger Blutstillung wird die Haut über den umfangreichen Wundflächen mit Seidenknopfnähten vereinigt, in den oberen Wundwinkel je ein Gummidrain eingelegt. Umschneidung des grössten Teils der linken grossen Labie, der Clitoris und der oberen Fläche der rechten Labie; der unterste Centimeter der Harnröhre, sowie ein Teil der vorderen Scheidenwand wird mitgenommen. Abklemmen und Ligatur zahlreicher blutender Gefässe. An den Clitorisschenkeln sind noch mehrere Umstechungen nötig. Zur teilweisen Deckung des grossen Defectes wird die Haut des Schamberges zwischen den Inguinalwunden möglichst herabgezogen und beiderseits mit den Schnittwänden der Labien vereinigt, der untere Teil der Labialwunde jederseits für sich vernäht, dann der Harnröhrenstumpf hinten mit der Scheidenwand vernäht, vorn einfach umsäumt. Der der Clitoris entsprechende Defect kann nicht gedeckt werden und bleibt der Granulation überlassen. Austupfen desselben, sowie der Inguinalwunden von den Winkeln an mit steriler Gaze.

Am 3. September konnte die Patientin in gutem Ernährungs- und Kräfte zustand entlassen werden. Inguinalwunde bis auf schmalen, granulierenden Streifen geschlossen; an der Vulva noch ein markstückgrosser granulierender Defect.

Auch bei dieser Patientin soll die Operationswunde nicht wieder zugeheilt sein und ihr stets grosse Schmerzen verursacht haben. Der Exitus erfolgte 8 Monate nach ihrer Entlassung. Als Ursache wurde auch noch Altersschwäche mit angegeben.

Fall III.

Die Witwe Minna D., 62 Jahre alt, aus Laucha, wurde am 5. Oktober 1905 in der Klinik aufgenommen.

Die Anamnese ergiebt, dass die Eltern an einer der Patientin nicht mehr bekannten Krankheit gestorben sind; Geschwister sind nicht vorhanden. Patientin selbst will nie ernstlich krank gewesen sein.

Mit 19 Jahren 1. Regel, oft unregelmässig, Dauer 3—4 Tage; bis zum 51. Jahre menstruiert. 5 Entbindungen, letzter Partus 1872. Geburten und Wochenbetten stets normal.

Seit Sommer des Jahres verspürte Patientin Schmerzen auf der rechten Seite der Vulva und bemerkte das Entstehen einer „Geschwulst", die allmählich sich vergrösserte. Der behandelnde Arzt verwies Patientin an die Klinik.

Keine Blutungen oder Ausfluss, Stuhl regelmässig. Urinieren stets etwas erschwert. Seit einem Jahre bestehen juckende Schmerzen und häufiges Kratzen.

Status praesens: Blasse Frau von mässigem Ernährungszustand.

Die Untersuchung des Herzens ergiebt rechts vorn Spitzendämpfung, Töne etwas dumpf, 2. Ton klappend. Die Brüste sind atrophisch, das Abdomen ist etwas aufgetrieben, die Leistendrüsen nicht geschwollen. Von der Clitoris ausgehend fühlt man einen etwa Borsdorfer apfelgrossen, knolligen, kaum exulcerierten Tumor, der isoliert über die ganze Umgebung hervorragt und mit den grossen Labien keine Verwachsung gebildet hat. Faltenbildung zwischen grossen und kleinen Labien ausgeglichen. Das ganze Gewebe dieser Gegend sieht sich mattweisslich glänzend an und zeigt eine etwas derbere Beschaffenheit, wie die Umgebung. Scheide weit, glatt; Portio o. B. Uterus im Retroversio. Urin ist frei von Eiweiss und Zucker.

Diagnose: Kraurosis vulvae Carcinoma clitoridis.

Operation in Narkose: Da die Kraurose über die ganzen grossen Labien hin Veränderungen gemacht hat, wird die Haut der grossen und kleinen Labien exstirpiert und gleichzeitig auch damit im Zusammenhange die Clitoris entfernt, sodass das exstirpierte Hautstück das Bild eines Ringes giebt, dessen Breite zwischen $1^1/_2$—2 cm schwankt. An den

breitesten Stelle des Ringes ragt die carcinomatöse Clitoris hervor. Nach Abpräparieren dieses Lappens müssen zahlreiche Gefässe gefasst und mit Catgut unterbunden werden. Die Haut wird an die Vaginalschleimhaut mit Drahtknopfnähten angenäht und ein Dauercatheter eingelegt.

Makroskopischer Befund: Man sieht eine mehr als nussgrosse, höckerige Geschwulst der Clitoris mit nur geringen Zeichen von Zerfall. Der Tumor ragt isoliert über seine Umgebung hervor.

Die exstirpierte Haut der grossen und kleinen Schamlippen sieht matt-weisslich glänzend aus und fühlt sich derb an.

Mikroskopischer Befund: Bei Herstellung des Präparats wurde der Schnitt in der Weise durch die Geschwulst geführt, dass das neben der Geschwulst liegende hypertrophierte Präputium und die darunter liegende Haut mitgetroffen wurde. Das bis dahin in Keyserling aufbewahrte Stück wurde nach genügender Entwässerung in Alkohol fixiert und dann in Paraffin eingebettet. Die 5 μ dicken Schnitte wurden mit Hämalauncosin gefärbt. Unter dem Mikroskop zeigt sich nun folgendes Bild. Die Epidermis der Präputimus ist bis zur Hälfte von vollständig normaler Beschaffenheit. Je näher man an die Geschwulst kommt, um so länger werden die Epithelzapfen, die immer mehr in die Tiefe des Bindegewebes hineinragen. Auch fängt bereits an diesen Stellen im Bindegewebe eine geringe entzündliche Infiltration an. Bald hinter der Übergangsstelle von dem hypertrophierten Präputium zur eigentlichen Geschwulst zeigt sich eine ganz bedeutende Zunahme der unregelmässigen Wucherung der Epithelzapfen in die Tiefe. Auch sieht man dort vereinzelt Krebsperlen. Von diesen Epithelleisten zweigen sich kleinere Sprossen ab und durchsetzen das ganze darunterliegende Gewebe. Die Verästelung der Epithelzapfen untereinander wird immer ausgeprägter, das Bindegewebe tritt mehr in den Hintergrund. An manchen Stellen sind überhaupt nur ganz minimale kleinzellig infiltrierte Einschlüsse des Bindegewebes

zu sehen. Im Centrum der gewucherten Epithelleisten bemerken wir bei starker Vergrösserung, dass die Zellen polygonale Gestalt haben und dass sie ein dünner Protoplasmamantel umgiebt. Die Kerne sind sehr gross und haben ovale Form. Nach der Peripherie zu platten sich die Zellen mehr ab und die Kerne liegen dichter beieinander. Ins Auge fallen besonders die indirecten Kernteilungsfiguren, die neben wenigen einfachen vorhanden sind. Gleichzeitig kann man auch an manchen Stellen Zelleinschlüsse von Zerfallsproducten herrührend constatieren. Die Schicht der Stachel- oder Riffzellen ist im vorliegenden Präparat besonders stark ausgeprägt und hebt sich gegen das normale Epithelgewebe sehr gut ab. Wenn man die unregelmässige Epithelwucherung nach dem Centrum der Geschwulst hin verfolgt, so treten uns bereits Zeichen der Degeneration im carcinomatösem Gewebe entgegen, insofern als sich eine starke Vacuolenbildung überall in ausgedehntem Masse in den Epithelzellen bemerkbar macht.

Nach dem mikroskopischen Befunde ist es ganz unzweifelhaft, dass es sich im vorliegenden Falle um ein Plattenepithelcarcinom handelt, das seinen Ausgang von der Haut der Clitoris genommen hat, von deren eigentlichen Structur nichts mehr zu erkennen ist.

Die Heilung verläuft ziemlich glatt. Vom 1. Tage an wurde ein Dauercatheter eingelegt, damit der Urin nicht die Wunde bespüle; letztere wird 3 mal täglich mit Sublimat abgespült, dann mit sterilen Tupfern abgetrocknet und mit Dermatol gepudert. Bei Herausnahme der Nähte eitern nur einige Stichcanäle.

Am 23. Oktober wurde Patientin als geheilt entlassen. Die Wunde ist vollkommen geschlossen; links sind nur noch geringe Reste der Kraurosis zu sehen.

Aus den in der Litteratur gefundenen und den drei von mir beschriebenen Fällen schliesse ich folgendes.

Was die Ätiologie dieser Erkrankung anbetrifft, wissen wir darüber ebensowenig, wie über die Ätiologie des Krebses

im Allgemeinen. Viele Autoren nehmen als Ursache ein starkes Trauma an, z. B. einen die Vulva treffenden Stoss. Wie schon anfangs erwähnt, teilt Björkquist einen solchen Fall mit, wo ein 21jähriges Mädchen, von einem Berge herunterrutschend, mit ihren Genitalien gegen einen Stein anstiess. Die Wunde wollte nicht heilen, wurde immer grösser, es trat starkes Jucken, später auch Schmerz auf, und die Probeexcision stellte Carcinom fest. Das Jucken findet man nun häufig angegeben. So brachte sich z. B. die Patientin von Merkle an ihren juckenden Genitalien eine Kratzwunde bei, die auch nicht heilte, sich vielmehr immer weiter ausbreitete, die ganze Clitoris zerstörte und auch noch auf die grossen Labien überging, bevor Patientin zur Untersuchung, resp. zur Operation sich entschloss. Dieselbe Ursache giebt auch Perruchet bei seinem Falle an.

Es fällt diese Art von Entstehungsursache einigermassen auf, da doch die äusseren Geschlechtsteile des Weibes, speciell die Clitoris, im allgemeinen als Organ betrachtet werden kann, das auf Reizungen nicht leicht mit einer bösartigen Geschwulstbildung reagiert, was das sehr seltene Vorkommen von solchen im Verhältnis zu den vielfachen Insulten, denen es ausgesetzt ist, erweist.

Ferner wird in der Ätiologie auch das Geburtstrauma erwähnt, ähnlich wie in der Ätiologie der Cervicalcarcinome die Cervixrisse; doch ist hierzu zu bemerken, dass Clitorisrisse während der Geburt äusserst selten vorkommen. Manche Autoren bringen die Erkrankung mit den vorangegangenen zahlreichen Geburten in Zusammenhang. Die Krankheit tritt jedoch zumeist erst mehrere Jahrzehnte nach der letzten Geburt auf. Ausserdem sind auch einige Fälle bekannt, wo Frauen, die keinen partus durchgemacht haben, resp. steril waren, von dieser Erkrankung betroffen wurden. Erwähnt wird auch die Masturbation. Da die Erkrankung meist aber im vorgeschrittenen Alter auftritt, ist es viel wahrscheinlicher, dass die Masturbation erst verursacht wurde durch den Pruritus, der fast stets bei dieser Er-

krankung beobachtet ist. Auch angeborene gutartige Gebilde sollen die Grundlage einer später auftretenden malignen Neubildung bilden können. Erwähnt werden noch als ätiologische Momente die Psoriasis und die vulvitis catarrhalis. Höchst wahrscheinlich wird die Disposition zur Erkrankung durch die verringerte Widerstandsfähigkeit des Organismus und die herabgesetzte Lebensfähigkeit der Gewebe im vorgeschrittenen Alter erhöht. Denn abgesehen von dem von Björkquist erwähnten Falle, der ein 21jähriges junges Mädchen betraf, und den von Fränkel, Roberts und Perruchet beschriebenen Clitoriscarcinomen traten die Erkrankungen stets während der Menopause zwischen dem 47. und 65. Lebensjahre auf. Erblichkeit war in den vorliegenden Fällen nachweislich nur einmal vorhanden.

Hervorgerufen wird diese verringerte Widerstandsfähigkeit vielleicht durch die in Fall I und III erwähnte Kraurosis vulvae. Letztere ist nach Jung als das Endstadium einer chronischen vulvitis anzusehen, die naturgemäss durch eine grosse Zahl von Ursachen entstanden sein kann. Es ist bekannt, dass z. B. Pruritus zu chronischer Entzündung und damit zur Kraurosis führt, oder dass chronischer Fluor, specifischer oder nicht specifischer Natur, dass Diabetes, Lues, Masturbation, Neubildungen, kurz alle Reize, die die Vulva treffen können, schliesslich zur vulvitis führen, die in ausgesprochener Kraurosis enden kann. Und analog den Krebsgeschwülsten, die an anderen chronisch entzündeten Hautpartien entstanden sind, z. B. bei ulcus cruris, an der Lippe bei Pfeifenrauchern etc., könnte man auch die auf dem Boden krauröser Vulven entstandenen Carcinome erklären.

Obwohl die oben erwähnten Erklärungen nicht widerlegt werden können, bleibt die Ätiologie immerhin unbekannt. Aus dem oft beobachteten frühen Vorkommen der Kraurose entnehme ich aber die Begründung für die Idee, dass eine chronische Reizung zu Carcinom disponiert.

Die Diagnose einer carcinomatösen Geschwulst der Clitoris wird wohl deshalb nie schwer zu stellen sein, weil die Frauen zumeist erst im vorgeschrittenen Stadium der Erkrankung unter ärztliche Beobachtung kommen. Denn im Anfangsstadium sind die subjectiven Symptome so gering und unwesentlich, dass die Frauen das Leiden gar nicht beachten. Erst später tritt starkes Jucken auf. Das Urinlassen verursacht erst ein Brennen, dann aber ausgesprochene Schmerzen. Der anfangs spärlich auftretende Fluor wird später profus und stinkend, die anwachsende Geschwulst wird hinderlich an jeder freien Bewegung.

Was die Prognose des Clitoriscarcinoms anbelangt, so ist dieselbe infaust zu stellen; hauptsächlich wohl aus dem Grunde, weil die Frauen erst spät die ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen. Durch die radicale Operation wird wenig erreicht. Von allen erwähnten Fällen habe ich in der Litteratur nur drei gefunden, die 2 Jahre p. op. noch recidivfrei, resp. noch am Leben waren. Unter diesen 3 Fällen befand sich sogar einer, bei dem erst nach 24 Jahren eine gleiche Erkrankung auftrat, von der es allerdings zweifelhaft ist, ob sie als Recidiv oder als Primärerkrankung anzusehen ist. Durchschnittlich lebten die Frauen nach der Operation nur noch ein Jahr lang. Trotz dieser schlechten Aussicht, trotzdem wir kaum hoffen dürfen, durch Entfernung der Geschwulst das Leben der Kranken zu retten, müssen wir doch die Operation vornehmen, weil wir erstens die Lebensdauer doch in etwas verlängern und weil durch die Operation der Zustand der Frauen wenigstens bis zum Auftreten des Recidivs erträglicher wird, indem die Hauptsymptome aufhören. Denn abgesehen davon, dass die Geschwulst, welche entweder schon ulceriert ist oder doch bald dazu kommen wird, mechanisch beim Sitzen und Gehen sehr hinderlich ist, ruft sie auch regelmässig einen sehr quälenden Pruritus hervor, der mit der Exstirpation verschwindet. Dieses letztere quälende Symptom tritt bei den Patienten derartig in den Vordergrund, dass dieselben häufig wegen dieses Leidens

ärztliche Hilfe suchen, wobei dann, meist zu erfolgreicher Therapie zu spät, die Grundursache in der malignen Geschwulst entdeckt wird. Prophylactisch wäre es vielleicht von Vorteil, die Kraurose und den Pruritus zu behandeln, eventuell sogar die kraurösen Stellen zu exstirpieren.

Die Hauptsache bei der Operation des Clitoriscarcinoms ist die: möglichst früh und möglichst im Gesunden zu operieren. Die Teilnahme der Drüsen an der Erkrankung steht mit dem Stadium der malignen Neubildung in keinem Verhältnisse. So waren z. B. bei Fall I die Inguinaldrüsen nicht zu fühlen, der Tumor über wallnussgross. Erst beim Eintreten des Recidivs fanden sich mässige Drüsenpakete in den Inguinalbeugen. Bei Fall II hatte die Geschwulst schon die Grösse einer Faust erreicht; es fand sich in der linken Leistenbeuge eine diffuse Infiltration, während wieder bei Fall III bei einer Geschwulst von Borsdorferapfelgrösse die Leistendrüsen nicht geschwollen waren.

Ein Teil der Operateure empfiehlt die Entfernung des Tumors mittelst Thermokauter, teils um die Blutung aus den corpora cavernosa zu ersparen, teils um die Infection der Wunde mit Carcinomteilchen zu verhüten. In den von mir beschriebenen drei Fällen wurde die Operation mit dem Messer ausgeführt. Die Blutung war leicht zu stillen, die Wunden heilten gut.

Zum Schluss meiner Arbeit fühle ich mich veranlasst, Herrn Geheimen Medicinal-Rat Professor Dr. Veit für freundliche Überweisung des Themas, sowie für seine liebenswürdige Hülfe meinen verbindlichsten Dank auszusprechen. Ebenso danke ich auch Herrn Assistenzarzt Dr. Birth für die Anfertigung und Erläuterung des mikroskopischen Präparates.

Litteratur.

Schmidlechner, Carcinoma clitoridis. Arch. f. Gyn. Bd. 74, pag. 189.

Jung, Ätiologie der Kraurosis vulvae. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. LII, pag. 13.

L. Roberts, Carcinom der Clitoris. Referiert Monatschr. f. G. und G. 1904. Bd. 20, S. 300.

Roberts, Demonstrative of a case of Carcinome clitoridis. The Journal of obstretics and gynaecology of the British Empire. 1905. pag. 349.

Perruchet, un cas de leucoplasie vulvovaginale, la gynécologie 1904. pag. 31.

Jacobi, Über primäres Carcinom der Clitoris, Centrbl. f. Gyn. Bd. XXVIII, pag. 886.

Sippel, Ein Fall von Clitoriscarcinom. Monatsh. f. Gyn. Bd. 19, Heft 3.

Asch und E. Fränkel, Centrbl. f. Gyn. 1904. pg. 1025.

Björkquist, Über Carcinom der Clitoris. Mitteilg. aus d. gyn. Kl. des Prof. Dr. O. Engström. Centrbl. f. Gyn. Bd. XXVII.

Flatau, Ein Carcinom der Clitoris. Nürnberger medic. Ges. u. Poliklinik. Münchner medic. Wochenschrift 1902. Nr. 21.

Lovrich, Fall eines Clitoris und Harnröhrencarcinoms, Gyn. Sect. des Kgl. ungar. Ärztevereins zu Budapest. Centrbl. f. Gyn. Bd. XXII, pag. 82.

Merkle, Ein Fall von carcinom der Clitoris. Inaug.-Diss. München 1891.

v. Langedorff, zur Casuistik der Tumoren der weiblichen Genitalien. Inaug.-Diss. Freiburg i. B. 1890.

Rupprecht, Zur operativen Behandlung der Carcinoma-Vulvae. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Dresden. Centrbl. f. Gyn. 1886. Bd. X, pag. 237.

Lebenslauf.

Ich, Wilhelm Hermann Waldemar Schleiff, bin der Sohn des Pastor em. Eduard Schleiff zu Bad Sachsa am Harz. Ich bin am 14. Dezember 1877 zu Öbisfelde geboren.

Den Anfangsunterricht erteilte mir mein Vater. Von Tertia an besuchte ich das Königl. Domgymnasium zu Magdeburg, wo ich im März 1899 die Reifeprüfung bestand.

Ich studierte Medicin und zwar 3 Semester in Jena, 7 in Halle, wo ich am 4. November 1901 die ärztliche Vorprüfung vollendete. Im Sommer-Semester 1904 unterzog ich mich dem medizinischen Staatsexamen, nach dessen Beendigung ich mein practisches Jahr an der medizinischen Poliklinik zu Halle antrat.

Meine Approbation erhielt ich am 15. Juli 1905.

Das Colloquium bestand ich am 14. Dezember 1905.

Während meiner Studienzeit hörte ich die Vorlesungen folgender Herren Professoren und Dozenten:

in Jena:

v. Bardeleben, Engelhardt, Fürbringer, Knorr, Winkelmann;

in Halle:

Bernstein, v. Bramann, Bumm, Eberth, Fränkel, Franz, Grenacher, Grunert †, Haasler, Harnack, Heilbronner, Hitzig, Klebs, Kromayer, Mehnert, v. Mering, Nebelthau, Oberst, Schmidt-Rimpler, Roux, Weber, Wullstein.